

پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان در زنان دارای دیابت بارداری

فریبا تابع بردبار^{۱*}، معصومه اسماعیلی^۲، شیما دوست علی زاده^۳

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از مشکلات جدی، تهدید کننده، در حال گسترش و هزینه بر سلامت است. پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان در زنان دارای دیابت بارداری انجام شد.

روش پژوهش: روش پژوهش در زمره طرح های همبستگی قرار داشت. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی زنان دارای دیابت بارداری در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در شهر شیراز ساکن بودند و نمونه در پژوهش حاضر تعداد ۱۵۰ نفر از زنان دارای دیابت بارداری شهر شیراز بود که با روش نمونه گیری در دسترس و پس از مصاحبه و تشخیص صلاحیت شرکت در آزمون از بیمارستان های مادر و کودک و حافظ جهت انجام پژوهش گزینش شدند و به کمک پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر، مقیاس خود گزارشی محتوای خانواده (SFCS) و پرسشنامه نگرش به حاملگی، زایمان و مراقبت از کودک مورد مطالعه قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد و آزمون فرضیه ها در سطح استنباطی با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون چند گانه صورت گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد از ابعاد محتوای خانواده بعد شغل و تحصیلات، بعد زمان، بعد منابع مالی و بعد ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد. از ابعاد نگرش به زایمان، بعد ناخواسته بودن حاملگی و بعد نگرانی تاثیر تولد در زندگی خانوادگی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد. محتوای خانواده به صورت منفی و معنادار و نگرش به زایمان به صورت مثبت و معنادار قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد.

نتیجه گیری: پیشنهاد می شود که زنانی که دارای دیابت دوران بارداری هستند حتما در طول مدت بارداری از مشاوران و روانشناسان بهره گیرند و همچنین مسئولان بهداشت کشور با استخدام مشاورین و روان درممان برای بیمارستان ها به این زنان خدمات لازم را ارائه دهند.

واژگان کلیدی: اضطراب آشکار، اضطراب بارداری، دیابت، مراقبت از کودک

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۲/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱/۲۰

استناد: تابع بردبار فریبا، اسماعیلی معصومه، دوست علی زاده شیما. پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان در زنان دارای دیابت بارداری، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۲): ۶۶-۷۹

^۱ - (نویسنده مسئول)، دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

Tell: 09174435077 tabebordbar@pnu.ac.ir

^۲ - استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران M.esmaeili2022@pnu.ac.ir

alizadehshima039@gmail.com

^۳ - کارشناسی ارشد دانشگاه پیام نور، شیراز، ایران

مقدمه:

دیابت نوعی اختلال در تحمل قند خون است. سلول‌های بدن ما برای رفع نیاز خود به انرژی از گلوکز یا قند خون استفاده می‌کنند. انسولین نام هورمونی است که از لوزالمعده ترشح شده و به گلوکز اجازه ورود به سلول‌ها را می‌دهد. هر مشکلی که در ترشح انسولین ایجاد شود یا موجب شود سلول‌های بدن به انسولین مقاوم باشند منجر به بالا رفتن قند خون یا دیابت می‌شود. اگر این اتفاق برای اولین بار در دوران بارداری رخ دهد به آن دیابت بارداری می‌گویند. طی بارداری تغییراتی در سطح هورمون‌های مختلف بدن روی می‌دهد که می‌تواند ترشح انسولین را تحت تاثیر قرار دهد، اما اکثریت مادران این تغییرات را تحمل کرده و به سلامت از آن عبور می‌کنند. ولی هنگامی که میزان این تغییرات بیش از اندازه باشد دیابت بارداری بروز می‌کند. در صورت عدم کنترل دیابت بارداری می‌تواند سلامت مادر و نوزاد را با تهدیدهای جدی مواجه کند و ضروری است تا برای مقابله با آن تمهیداتی اندیشیده شود (۱).

دیابت می‌تواند بر روی رشد و نمو جنین در طی بارداری اثر داشته باشد. در اوایل بارداری، دیابت مادر می‌تواند منجر به بروز نقص‌های مادرزادی و افزایش خطر سقط جنین گردد. بسیاری از نواقص مادرزادی، اثرات نامطلوبی را بر ارگان‌های مهم بدن مانند مغز و قلب دارند. همه این عوامل موجب بروز استرس و اضطراب در زنان باردار مبتلا به دیابت می‌شود. با توجه به اهمیت مراقبت‌های روانی به موازات مراقبت‌های جسمی باید در هر مرحله از مراقبت‌های بارداری در زنان باردار مبتلا به دیابت با اقدامات مناسب از بروز اختلال‌ها از جمله اضطراب و یا عواقب بعدی آن اقدامات لازم انجام شود. توجه به این نکته ضروریست که آموزش خانواده‌ها در زمینه حاملگی و چگونگی ایجاد محیطی امن و آرام برای زن باردار نقش مهمی در بارداری سالم و ایمن خواهد داشت. آموختن راه‌حلهایی جهت سازگاری با تغییرات روانشناختی و کنترل اضطراب دوران بارداری، می‌تواند گامی مؤثر برای افزایش بهداشت روانی زنان دارای دیابت بارداری باشد.

در این پژوهش متغیر ملاک اضطراب آشکار دوران بارداری در این زنان می‌باشد که عوامل مرتبط با آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. اضطراب آشکار، احساس ناراحتی مهمم توأم با دلهره است که در پاسخ به تحریکات داخلی و خارجی ایجاد شده و میتواند به علایم شناختی، عاطفی، فیزیکی و رفتاری منجر شود (۱). اضطراب آشکار بیانگر احساس افراد مورد مطالعه در خصوص احساس تنش، بیم از آینده، ناآرامی، خودخوری، برانگیختگی و فعال سازی سیستم خودمختار است (۲). مسلماً زنان دارای دیابت بارداری به دلیل مشکلات ناشی از دیابت و بارداری، دارای اضطراب آشکاری بالاتر از حد نرمال هستند و عوامل تشدید این اضطراب می‌تواند خسارات جبران ناپذیری را بر مادر دارای دیابت بارداری وارد کند. یکی از عواملی که این اضطراب را در زنان دیابتی پیش بینی می‌کند جو خانواده می‌باشد.

امروزه خانواده اساسی ترین نهاد اجتماعی به شمار می‌رود. نظریه پردازان در زمینه این نهاد بنیادین چارچوب‌های نظری گوناگونی ارائه نموده‌اند. یکی از مدل‌های نظری در گونه شناسی خانواده مدل فرایند و محتوای خانواده^۱ می‌باشد (۳). مطابق این مدل می‌توان خانواده‌ها را بر اساس دو مؤلفه فرایندهای خانواده و محتوای خانواده به چهارگونه خانواده دسته بندی نمود. گونه‌های مختلف خانواده در این مدل عبارتند از: خانواده سالم (کارآمد)، خانواده غیر سالم (ناکارآمد) و دو نوع خانواده مشکل دار (مشکل دار فرایند و مشکل دار محتوایی).

^۱- Family Process and Content

مطابق مدل فرایند محتوا، خانواده های سالم دارای پیامدهای روان شناختی بسیار مناسبی هستند (۳). گونه‌ی دوم خانواده های غیر سالم هستند، که به لحاظ محتوا و فرایند خانوادگی از کیفیت پایینی برخوردارند. بدین معنا که مهارت هایی از قبیل مهارت حل مسئله، تصمیم گیری، مقابله، انعطاف پذیری در این گونه خانواده ها بسیار ضعیف است و از امکانات مناسبی نیز برای زندگی برخوردار نمی باشد. گونه‌ی سوم خانواده، خانواده های مشکل دار می باشند. خانواده های مشکل دار در مدل فرایند و محتوا به دو نوع قابل تفکیک می باشند: مشکل دار محتوایی و مشکل دار فرایندی. خانواده های مشکل دار محتوایی به لحاظ فرایند خانواده قوی هستند اما از امکانات کافی (همانند در آمد، شغل، تحصیلات و سلامت جسمی) برای زندگی برخوردار نمی باشد. در مقابل، خانواده های مشکل دار فرایندی دارای امکانات مناسب برای زندگی برخوردارند اما به لحاظ مهارت های زندگی (فرایندها) وضعیت مناسبی ندارند (۴).

نگرش به زایمان^۱ متغیر دیگری است که به عنوان متغیر پیش‌بین در رابطه با اضطراب در زنان باردار مورد مطالعه قرار می‌گیرد. بارداری و زایمان سالم، دغدغه هر زن باردار، همسر و همچنین خانواده و خویشان وی است. سلامت مادر و همچنین نوزاد، آرزوی بزرگی است که مانند سایه ای از نگرانی و امید، تا لحظه تولد بر محیط زندگی سایه می اندازد. چیزهایی که ممکن است موجب اضطراب آشکار دوران بارداری شود، نگرانی های مربوط به خواستن و نخواستن نوزاد و نگرانی های مربوط به آینده نوزاد است. فکر این که مبادا در حین زایمان خطری برای فرزندش پیش بیاید، احساس نگرانی را افزایش میدهد. یا فرزند از سلامت کامل برخوردار نباشد، احساس نگرانی و اضطراب چند برابر می کند. یا جنسیت فرزند مطابق با انتظارشان نباشد مادران را اذیت میکند. در صورتی که شاغل هستند یا رفتن به سرکار مانع از رسیدگی شان به بچه شود موجبات اضطراب را فراهم میکند (۵). موضوعاتی همانند خانواده و روابط حاکم بر آن و نحوه سازگاری و شکل گیری ساختارهای روانی در گذشته، نگرانی ها در باب نحوه برخورد با افراد باردار نمایانگر نیاز و ضرورت پژوهش پیرامون این موضوعات می باشد که ممکن است بر روی زنان باردار تاثیر گذار باشد که این مهم در طول دوران بارداری با توجه به اضطراب بارداری نمود بیشتری پیدا می کند (۵). همچنین بین اضطراب بارداری و نگرش زنان باردار نسبت به زایمان می تواند رابطه تنگاتنگی وجود داشته باشد که با توجه به اهمیت سلامت دوران بارداری و ضرورت برخورداری مادر و جنین از آرامش این دوران و شیوع اینگونه مشکلات در دوران بارداری که در مبحث اهمیت و ضرورت تحقیق به آن پرداخته شده است؛ لذا این پژوهش در پاسخ به این سوال مطرح شده است که آیا محتوای خانواده و نگرش به زایمان پیش بینی کننده‌ی اضطراب دوران بارداری در زنان مبتلا به دیابت بارداری می باشند؟

روش پژوهش:

روش پژوهش در زمره طرح های همبستگی قرار داشت. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان دارای دیابت بارداری در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که در شهر شیراز ساکن بودند و برای درمان دیابت بارداری به بیمارستان ها و مراکز درمانی این شهر مراجعه کرده بودند. نمونه در پژوهش حاضر تعداد ۱۵۰ نفر از زنان دارای دیابت بارداری شهر شیراز می باشند که با روش نمونه گیری در دسترس و پس از مصاحبه و تشخیص صلاحیت شرکت در آزمون جهت انجام پژوهش گزینش شدند، که مبتلا به دیابت بارداری بودند و در ماه چهارم به بعد حاملگی بودند. این تعداد بر اساس حداقل حجم نمونه در طرح های همبستگی تعیین شد. این بیماران با هماهنگی بیمارستان از میان بیماران تحت مداوا که دارای پرونده‌ی درمانی در بیمارستان های مادر و کودک و حافظ می باشند انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم پژوهشگر به بیمارستان های نامبرده در شهر شیراز مراجعه نموده و با

¹ Attitude to labor

کسب اجازه از مسئولین مربوطه و هماهنگی لازم، تعداد ۱۵۰ پرسشنامه بین زنان دارای دیابت بارداری گزینش شده به عنوان نمونه مورد مطالعه توزیع گردید. هر پرسشنامه به صورت حضوری و پس از توضیحات لازم به زنان داده شد. پس از توزیع پرسشنامه ها هدف از انجام تحقیق و نحوه تکمیل پرسشنامه ها برای آنان توضیح داده شد. سپس به جمع آوری پرسشنامه ها پس از تکمیل آن پرداخته شد. ابزار پژوهش عبارتند از:

پرسشنامه اضطراب اشیپیل برگر: پرسشنامه اضطراب آشکار و پنهان اشیپیل برگر (۱۹۷۰) که به پرسشنامه ساتی^۱ معروف است، به طور عمیقی در پژوهش ها و فعالیت های بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل مقیاس های جداگانه خودسنجی، برای اندازه گیری اضطراب آشکار و پنهان می باشد. فرم ۱-**Y** از پرسشنامه شامل بیست جمله است که احساسات فرد را «این لحظه و در زمان پاسخگویی» ارزشیابی می کند. مقیاس اضطراب پنهان فرم ۲-**Y** از پرسشنامه شامل بیست جمله است که احساسات عمومی و معمولی افراد را می سنجد.

هر فرم شامل ۲۰ جمله در یک لیکرت چهار درجه ای می باشد که از خیلی کم (۰)، کم (۱)، عموماً (۲) و خیلی زیاد (۳) نمره گذاری می شود. بدین صورت دامنه ی نمرات بین ۰ تا ۶۰ می باشد. مهram در سال ۱۳۷۲ مطالعه ای جهت استانداردسازی آزمون اشیپیل برگر انجام داد. او ضریب پایایی آزمون را در دو گروه هنجار و ملاک به طور مجزا مورد بررسی قرار داد. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ بود، و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر با ۰/۹۴ بود. علاوه بر این، پایایی آزمون، از طریق نسبت واریانس نمرات حقیقی برابر با ۴/۶۴ محاسبه شد. همچنین همبستگی نمرات مشاهده شده با نمره حقیقی برابر ۰/۹۷۲ و با نمرات خطا، برابر با ۰/۲۳۴ محاسبه گردید. کاظمی ملک محمودی (۶) و روحی (۷) نیز در مطالعه مقدماتی میزان پایایی آزمون اسپیلبرگر را به ترتیب ۸۹ و ۹۰ درصد محاسبه کردند. علاوه بر این مطالعات نشان می دهد که همبستگی بین دو فرم اضطراب بسیار بالا می باشد (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه ای اسپیلبرگر و مقیاس های دیگر که سازه اضطراب را می سنجند بالا می باشد به طوری که همبستگی این مقیاس با آزمون **ASQ** بین ۰/۷۵ تا ۰/۷۷ درصد، همبستگی آن با مقیاس **TMAS** از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ برآورد شده است (۸).

مقیاس خود گزارشی محتوای خانواده (SFCS): این مقیاس توسط سامانی (۳) بر پایه ی مدل بافت نگر فرآیند و محتوای خانواده طراحی شده است. مطابق مطالعه سامانی و صادق زاده (۲۰۱۰) این پرسشنامه ۳۸ سؤال مدرج پنج نمره ای (از کاملاً موفق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱)، هفت عامل ۱- شغل و تحصیلات ۲- زمان با هم بودن ۳- منابع مالی ۴- سلامت جسمی و روانی ۵- فضای زندگی ۶- ظاهر فیزیکی و ۷- تسهیلات آموزشی را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره بالا در هر یک از عوامل فوق نشانگر کفایت و رضایت بیشتر اعضای خانواده از هر یک از حیطه های مورد ارزیابی است. هفت عامل ۱- شغل و تحصیلات ۲- زمان با هم بودن ۳- منابع مالی ۴- سلامت جسمی و روانی ۵- فضای زندگی ۶- ظاهر فیزیکی و ۷- تسهیلات آموزشی را مورد ارزیابی قرار می دهد. نمره بالا در هر یک از عوامل فوق نشانگر کفایت و رضایت بیشتر اعضای خانواده از هر یک از حیطه های مورد ارزیابی است و بالطبع بدست آوردن نمرات پایین در هر یک از عوامل فوق نشان دهنده ی عدم رضایت کافی آن حیطه ارزشیابی شده می باشد. ضریب پایایی به شیوه ی آزمون و بازآزمایی با فاصله ی زماین دو هفته و ضریب آلفا برای این آزمون، به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۹ گزارش شده است. به منظور تعیین پایایی مقیاس محتوای خانواده (۴) دو روش محاسبه آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی به کار گرفته شده است. ضریب

۱ - stai

آلفا برای این هفت عامل به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۷۹، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و ضریب پایایی این عوامل به شیوه ی باز آزمایی به ترتیب برابر ۰/۸۳، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۲، ۰/۷۹، ۰/۸۲ و ۰/۸۲ گزارش شده است. همچنین جعفری (۹) ضریب آلفای کرونباخ برای عوامل این مقیاس را از ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ گزارش کرده است (۴). در پژوهش (۱۰)، به منظور بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است که نتایج برای هر خرده مقیاس به ترتیب عبارتند از: ۰/۷۹، ۰/۸۳، ۰/۷۹، ۰/۷۴، ۰/۸۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۲. روایی مقیاس محتوای خانواده با استفاده از ضریب همبستگی هر گویه با نمره بعد مربوط به خود محاسبه گردید که دامنه ضرایب همبستگی برای هر خرده مقیاس به قرار زیر هستند: عوامل شغل و تحصیلات ۰/۴۶ تا ۰/۷۷، زمان برای با هم بودن ۰/۵۶ تا ۰/۸۰، منابع مالی، ۰/۵۵ تا ۰/۸۵، ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی ۰/۵۳ تا ۰/۷۲، سلامت جسمی و روانی ۰/۶۹ تا ۰/۸۰، فضای زندگی ۰/۴۶ تا ۰/۷۵ و تسهیلات تحصیلی ۰/۸۴ و ۰/۸۷ (۱۰). همچنین در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده که میزان آن برابر ۰/۸۹ شد.

پرسشنامه نگرش به حاملگی، زایمان و مراقبت از کودک: پرسشنامه نگرش نسبت به حاملگی، زایمان و مراقبت از کودک، توسط شعله نمازی در سال ۱۳۷۲ ساخته شده و در پایان نامه وی مورد استفاده قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۱۸ سوال می باشد که سوالات دارای سلسله مراتب سه گانه کاملاً، متوسط و اصلاً می باشند. نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده نگرش مثبت فرد نسبت به موارد ذکر شده می باشد. مولفه های پرسشنامه شامل خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی: سوالات ۱-۲-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۷-۱۸، میزان نگرانی فرد در ارتباط با زایمان: ۳-۴-۵-۱۶، نگرش فرد نسبت به تاثیر تولد کودک در زندگی شغلی و خانوادگی: ۶-۷-۸ و نگرش نسبت به کودک: ۹-۱۰-۱۱ می باشد. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت ۳ درجه ای می باشد. جهت تفسیر نمرات، نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت می شود. امتیازات از ۱۸ سوال با یکدیگر جمع می شود. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۳۶ خواهد بود.

نمره بین ۰ تا ۱۰ : نگرش فرد نسبت به حاملگی منفی است.

نمره بین ۱۰ تا ۱۸ : نگرش فرد نسبت به حاملگی متوسط است.

نمره بالاتر از ۱۸ : نگرش فرد نسبت به حاملگی مثبت است.

نمازی ضمن بررسی روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط متخصصان حیطه زنان، از روش دوباره سنجی پس از ۱۵ روز روی ۳۰ زن، پایایی این ابزار را معادل ۰/۹۵ محاسبه کرد.

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح استنباطی با آزمون های ضریب همبستگی پیرسون و آزمون تحلیل رگرسیون چند گانه به آزمون فرضیه های پژوهش پرداخته شد.

یافته ها:

اطلاعات توصیفی در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- آمار توصیفی متغیرهای دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	گروه	تعداد	درصد
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۴۶	۳۰
	متوسط	۷۵	۵۰

۲۰	۲۹	خوب	
۵۲	۷۷	۲۰ تا ۳۰ سال	سن
۳۰	۴۵	۳۰ تا ۴۰ سال	
۱۸	۲۸	۴۰ سال بیشتر	
۵۸	۸۹	زیر لیسانس	تحصیلات
۲۲	۳۲	لیسانس	
۲۰	۲۹	بالای لیسانس	

جدول ۱ جدول فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی گروه های شرکت کننده را به تفکیک وضعیت اقتصادی، تحصیلات و سن نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود ۳۰ درصد شرکت کنندگان دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۰ درصد متوسط و ۲۰ درصد خوب هستند. همچنین ۵۲ درصد شرکت کنندگان ۲۰ تا ۳۰ ساله، ۳۰ درصد ۳۰ تا ۴۰ ساله و ۱۸ درصد ۴۰ ساله و بیشتر هستند. ۵۸ درصد شرکت کنندگان دارای مدرک زیر لیسانس، ۲۲ درصد لیسانس و ۲۰ درصد بالای لیسانس هستند.

جدول ۲- آمار توصیفی مربوط به اضطراب آشکار شرکت کنندگان

متغیر	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل	حداکثر
اضطراب آشکار	۹/۸۱	۵/۱۷	۲	۲۶

با توجه به جدول فوق همان گونه که مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد متغیر اضطراب آشکار در میان شرکت کنندگان برابر $(M) 9/81$ و $(SD) 5/17$ می باشد.

جدول ۳- آمار توصیفی مربوط به ابعاد نگرش به زایمان شرکت کنندگان

ابعاد	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل	حداکثر
ناخواسته بودن حاملگی	۴/۹۳	۲/۴۰	۰	۱۱
نگرانی فرد در ارتباط با زایمان	۲/۱۴	۱/۲۲	۰	۵
نگرانی تاثیر تولد در زندگی خانوادگی	۱/۸۶	۱/۳۱	۰	۶
نگرانی نگرش نسبت به کودک	۱/۴۵	۱/۲۴	۰	۶
نمره کل	۱۰/۴۳	۴/۵۴	۵	۲۴

جدول فوق به محاسبه آمار توصیفی نگرش به زایمان زنان باردار را نشان میدهد. در این جدول میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمرات در هر مقیاس نگرش به زایمان به صورت مجزا محاسبه شده است.

جدول ۴- جدول آمار توصیفی ابعاد محتوای خانواده خانوادگی شرکت کنندگان

متغیر	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	حداقل	حداکثر
شغل و تحصیلات	۲۰/۸۰	۴/۰۰	۱۲	۳۰
زمان برای با هم بودن	۱۸/۴۴	۳/۵۶	۹	۲۵

۲۵	۷	۲/۸۷	۱۷/۶۶	منابع مالی
۲۷	۱۳	۳/۲۴	۱۹/۸۰	ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی
۲۱	۹	۲/۲۰	۱۴/۴۶	سلامت جسمی و روانی
۱۴	۷	۱/۸۵	۹/۷۶	فضای زندگی
۱۵	۳	۲/۰۰	۹/۴۸	تسهیلات آموزشی

جدول فوق آمار توصیفی زیرمقیاس های محتوای خانواده خانواده شرکت کنندگان را نشان می دهد. قبل از انجام آزمون های رگرسیون ابتدا پیش فرض مربوط به این آزمون که آزمون کولموگروف اسمیرنوف و ضریب همبستگی پیرسون می باشد جهت بررسی نرمال بودن داده ها و همبسته بودن متغیرها انجام شد که نتایج حاصل از آن در جداول زیر آمده است.

جدول ۵- آزمون کولموگروف اسمیرنوف

آزمون کولموگروف اسمیرنوف			متغیرها
سطح معناداری	مقدار Z	N	
۰/۱۳	۰/۲۲	۱۵۰	شغل و تحصیلات
۰/۱۶	۰/۶۳	۱۵۰	زمان برای با هم بودن
۰/۱۱	۰/۴۴	۱۵۰	منابع مالی
۰/۳۶	۰/۳۳	۱۵۰	ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی
۰/۲۱	۰/۲۷	۱۵۰	سلامت جسمی و روانی
۰/۳۳	۰/۴۵	۱۵۰	فضای زندگی
۰/۲۸	۰/۴۱	۱۵۰	تسهیلات آموزشی
۰/۳۲	۰/۱۷	۱۵۰	ناخواسته بودن حاملگی
۰/۱۶	۰/۴۵	۱۵۰	نگرانی فرد در ارتباط با زایمان
۰/۱۳	۰/۲۲	۱۵۰	نگرانی تاثیر تولد در زندگی خانوادگی
۰/۱۵	۰/۶۷	۱۵۰	نگرانی نگرش نسبت به کودک
۰/۱۸	۰/۵۱	۱۵۰	اضطراب آشکار

نتایج جدول فوق حاکی از آن است که پیش فرض نرمال بودن داده ها برقرار است.

محتوای خانواده و نگرش به زایمان پیش بینی کننده‌ی اضطراب آشکار دوران بارداری در زنان دارای دیابت بارداری می باشند. جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول زیر آمده است. قبل از انجام این فرضیه ابتدا پیش فرض استقلال خطاها با آزمون دوربین واتسون بررسی شده است.

جدول ۶- آزمون دوربین واتسون

DF	N	Durbin-watson
۱۴۹	۱۵۰	۲/۰۷۷

همانگونه که مشاهده می شود پیش فرض مربوط به استقلال خطاها از آنجا که مقدار آماره آزمون بین اعداد ۱/۵ تا ۲/۵ می باشد، تایید می شود.

جدول ۷- آزمون رگرسیون جهت پیش بینی کننده اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان

متغیر ملاک: اضطراب آشکار دوران بارداری							
P	T	β	P	F	R^2	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۱	۶/۷۰۱	-۰/۴۲۱	۰/۰۰۱	۸۶/۶۸۰	۰/۵۴۱	۰/۷۳۶	محتوای خانواده
۰/۰۰۱	۷/۰۲۳	۰/۴۴۱					نگرش به زایمان

با توجه به جدول ۷ همانگونه که مشاهده می شود مفروضه های آزمون رگرسیون شامل استقلال خطاها و استقلال متغیر مستقل تایید شد و میزان R برابر ۰/۷۳۶ و میزان R^2 برابر ۰/۵۴۱ می باشد. به عبارتی محتوای خانواده و نگرش به زایمان در کل نزدیک به ۵۴ درصد از واریانس نمرات اضطراب آشکار دوران بارداری را تبیین می کند. با توجه به میزان f این مدل معنادار و قابل قبول می باشد ($f=۸۶/۶۸۰$, $p \leq ۰/۰۰۱$).

بر اساس ضرایب بتا محتوای خانواده به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($p=۰/۰۰۱$), $\beta=-۰/۴۲۱$ و نگرش به زایمان به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($p=۰/۰۰۱$), $\beta=۰/۴۴۱$.

محتوای خانواده پیش بینی کننده‌ی اضطراب آشکار دوران بارداری در زنان دارای دیابت بارداری می باشد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج حاصل از آن و مفروضه های آن در جدول زیر آمده است. قبل از انجام این فرضیه ابتدا پیش فرض استقلال خطاها با آزمون دوربین واتسون بررسی شده است.

جدول ۸- آزمون دوربین واتسون

DF	N	Durbin-watson
۱۴۹	۱۵۰	۲/۱۹۵

همانگونه که مشاهده می شود پیش فرض مربوط به استقلال خطاها از آنجا که مقدار آماره آزمون بین اعداد ۱/۵ تا ۲/۵ می باشد، تایید می شود.

جدول ۹- آزمون رگرسیون جهت پیش بینی اضطراب دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده

متغیر ملاک: اضطراب آشکار دوران بارداری							
P	T	β	P	F	R^2	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۱	۵/۲۹۷	-۰/۴۴۵	۰/۰۰۱	۲۰/۹۵۹	۰/۵۰۸	۰/۷۱۳	شغل و تحصیلات
۰/۰۰۷	۲/۷۲۸	-۰/۲۲۴					زمان برای با هم بودن
۰/۰۰۱	۴/۷۵۷	-۰/۳۳۵					منابع مالی
۰/۰۰۲	۳/۱۸۱	-۰/۲۳۶					ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی
۰/۳۶۰	۰/۹۱۸	-۰/۰۵۷					سلامت جسمی و روانی
۰/۶۳۷	۰/۴۷۳	-۰/۰۳۶					فضای زندگی
۰/۵۴۹	۰/۶۰۱	-۰/۰۴۳					تسهیلات آموزشی

با توجه به جدول ۹ همانگونه که مشاهده می شود مفروضه های آزمون رگرسیون شامل استقلال خطاها و استقلال متغیر مستقل تایید شد و میزان R برابر ۰/۷۱۳ و میزان R^2 برابر ۰/۵۰۸ می باشد. به عبارتی محتوای خانواده در کل نزدیک به ۵۰ درصد از واریانس نمرات اضطراب آشکار دوران بارداری را تبیین می کند. با توجه به میزان f این مدل معنادار و قابل قبول می باشد ($f=۲۰/۹۵۹$, $p\leq ۰/۰۰۱$). بر اساس ضرایب بتا بعد شغل و تحصیلات به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=-۰/۴۴۵$, $p=۰/۰۰۱$). بعد زمان برای با هم بودن به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=-۰/۲۲۴$, $p=۰/۰۰۷$). بعد منابع مالی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=-۰/۳۳۵$, $p=۰/۰۰۱$). بعد ظاهر بدنی و منزلت اجتماعی به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=-۰/۲۳۶$, $p=۰/۰۰۲$).

نگرش به زایمان پیش بینی کننده ی اضطراب آشکار دوران بارداری در زنان دارای دیابت بارداری می باشد. جهت بررسی این فرضیه از آزمون رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که نتایج حاصل از آن در جدول زیر آمده است. قبل از انجام این فرضیه ابتدا پیش فرض استقلال خطاها با آزمون دوربین واتسون بررسی شده است.

جدول ۱۰- آزمون دوربین واتسون

DF	N	Durbin-watson
۱۴۹	۱۵۰	۲/۱۱۰

همانگونه که مشاهده می شود پیش فرض مربوط به استقلال خطاها از آنجا که مقدار آماره آزمون بین اعداد ۱/۵ تا ۲/۵ می باشد، تایید می شود.

جدول ۱۱- آزمون رگرسیون جهت پیش بینی کننده اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس نگرش به زایمان

متغیر ملاک: اضطراب آشکار دوران بارداری							متغیر پیش بین
P	T	β	P	F	R^2	R	
۰/۰۰۱	۳/۲۶۶	۰/۳۳۱	۰/۰۰۱	۲۶/۲۰۱	۰/۴۲۰	۰/۶۴۸	ناخواسته بودن حاملگی
۰/۲۴۱	۱/۱۷۶	۰/۰۹۷					نگرانی فرد در ارتباط با زایمان
۰/۰۰۱	۳/۴۵۹	۰/۳۰۶					نگرانی تاثیر تولد در زندگی خانوادگی
۰/۹۷۴	۰/۰۳۲	۰/۰۰۳					نگرانی نگرش نسبت به کودک

با توجه به جدول ۱۱ همانگونه که مشاهده می شود مفروضه های آزمون رگرسیون شامل استقلال خطاها و استقلال متغیر مستقل تایید شد و میزان R برابر ۰/۶۴۸ و میزان R^2 برابر ۰/۴۲۰ می باشد. به عبارتی نگرش به زایمان در کل نزدیک به ۴۲ درصد از واریانس نمرات اضطراب آشکار دوران بارداری را تبیین می کند. با توجه به میزان f این مدل معنادار و قابل قبول می باشد ($p \leq ۰/۰۰۱$ ، $f=۲۶/۲۰۱$). بر اساس ضرایب بتا بعد ناخواسته بودن حاملگی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=۰/۳۳۱$ ، $p=۰/۰۰۱$) و بعد نگرانی تاثیر تولد در زندگی خانوادگی به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد ($\beta=۰/۳۰۶$ ، $p=۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان در زنان مبتلا به دیابت بارداری شهر شیراز انجام شد. نتایج نشان داد محتوای خانواده به صورت منفی و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد و نگرش به زایمان به صورت مثبت و معناداری قادر به پیش بینی اضطراب آشکار دوران بارداری می باشد. این نتایج با یافته های کرمی و مردانی (۱۱)، بداقی و همکاران (۱۲) و اکبرزاده و همکاران (۱۳) همسو می باشد. در راستای تبیین محتوای خانواده و اضطراب آشکار باید گفت یکی از مهم ترین عواملی که بر بقاء، دوام و رشد خانواده اثر می گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهم بین اعضاء، به خصوص زن و شوهر است. اما چنانچه زندگی زناشویی شرایطی نامساعد را برای ارضای نیازهای مختلف همسران ایجاد کند، نه تنها جنبه های مثبت ازدواج تحقق نمی یابد، بلکه اثری منفی و گاه جبران ناپذیر را به جا خواهد گذاشت.

هنگامی که خانواده با مشکلی روبه رو می شود (مانند دیابت بارداری)، عوارض این مشکل به راحتی نحوه کارکرد های خانواده و روابط زوجین را متاثر می کند. گاهی پس از مدتی ممکن است زن یا شوهر یا هر دوی آنها نسبت به عمق و شکل رابطه شان دچار

تردید شوند و چون بین توقعات خود از زندگی و واقعیت‌های موجود در زندگی زناشویی‌شان هماهنگی لازم را نمی‌بینند، دچار سرخوردگی و دلزدگی شوند که در نهایت برای زنان منجر به افزایش اضطراب خصوصاً در دوره بارداری می‌شود. تأثیر خانواده خوب بر ارتباطات اجتماعی و حالات روانشناختی بارز و قوی قلمداد می‌شود. همچنین می‌توان گفت که اعضای خانواده‌های سالم از برنامه روزانه یکدیگر در مقایسه با دیگر گونه‌های خانواده اطلاع بیشتری دارند و در مقابل اعضای خانواده‌های غیرسالم از برنامه روزانه دیگر اعضای خانواده کمتر اطلاع دارند. خانواده‌های با جو عاطفی بالا از مهارت ارتباطی و انسجام عاطفی بالاتری در مقایسه با خانواده‌های غیرعاطفی برخوردارند. این قابلیت در میان اعضای خانواده‌های عاطفی موجب می‌گردد تا اطلاعات بیشتری میان اعضای خانواده مبادله گردد. مطابق نظر السون (۱۴) خانواده‌هایی که دارای انسجام عاطفی مناسبی با یکدیگر هستند، میزان اطلاع مشترک آن‌ها بیشتر است و نسبت به برنامه یکدیگر مطلع‌تر هستند. ماینل و هرینگشو (۱۵) نیز در مطالعه خود بر این نکته تأکید دارند که والدگری مثبت توأم با ارتباط مثبت است و این قاعده است که موجب درک متقابل میان همسران می‌گردد. این فرایند علاوه بر این که موجب درک متقابل اعضای خانواده از یکدیگر می‌شود، می‌تواند باعث رشد ابعاد مختلف روان‌شناختی به خصوص روابط زناشویی آن‌ها نیز گردد (۱۶). در راستای تبیین نگرش به زایمان و اضطراب آشکار باید گفت سلامت مادر و همچنین نوزاد، آرزوی بزرگی است که مانند سایه ای از نگرانی و امید، تا لحظه تولد بر محیط زندگی سایه می‌اندازد. بنابراین میتوان گفت، با توجه به اینکه زایمان و کسب هویت مادری یکی از زیباترین رویدادهای هر زن محسوب می‌شود، اما در عین حال یک واقعیت تنش‌زا است که میتوان با پشتیبانی و حمایت مداوم و دادن آگاهی به مادر باعث کاهش ترس و اضطراب وی شد. تا قدمی در جهت پیشگیری از خطراتی که مادر و نوزاد را تهدید می‌کند زایمان را با مشکلاتی روبرو می‌کند برداشته شود. به خاطر دلایل بالینی و در جهت پیشگیری از خطراتی که مادر و نوزاد را تهدید می‌کند زایمان را با مشکلاتی روبرو میکند.

محدودیت پژوهش: یکی از محدودیت‌های پژوهش طرح پژوهش می‌باشد که به دلیل همبستگی بودن طرح در تعمیم نتایج با محدودیت‌هایی روبرو می‌شویم. یکی دیگر از محدودیت‌ها خودگزارشی بودن ابزار اندازه‌گیری است که احتمال سوگیری و برداشت غلط از سوالات را افزایش می‌دهد.

تضاد منافع: بدینوسیله نویسندگان اعلام می‌کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر: نویسندگان مقاله از تمام مشارکت‌کنندگان در پژوهش، تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

ملاحظات اخلاقی: قبل از برگزاری آزمون به والدین گفته شد که تصمیم داریم پژوهشی انجام دهیم تا در آن پیش‌بینی اضطراب آشکار دوران بارداری بر اساس محتوای خانواده و نگرش به زایمان در زنان دارای دیابت بارداری بررسی کنیم. و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات نوشته شده شما، کاملاً محرمانه بوده و در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت و به دلیل وسواس والدین تصمیم گرفتیم فقط از نام کودکان و سن آنان در پرسشنامه استفاده شود و در صورتی که نام کودکان مشابه بود با علامت اختصاری مشخص شود.

References:

1. Karimi R, Taghavi Larijani T, Mehran A, Ghaljaei F. Association between adolescent girls anxiety and parental style of control. Journal of Hayat 2006; 11 (4 and 3) :83-87. URL: <http://hayat.tums.ac.ir/article-1-226-fa.html>

2. Vahad A-Ain H. Investigation of the prevalence of overt and covert anxiety and the factors affecting it in girls' high schools in the 2nd district of Tehran in the academic year 2014-2015, Doctor of Medicine thesis, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences.2015.
3. Samani S. Developing a Family Process Scale for the Iranian Families. IJPCP 2008; 14 (2) :162-168. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-466-en.html>
4. Samani S., Behbahani M. Communication Pattern in Different types of Family in Family Process and Content Model. Biannual Journal of Applied Counseling, 2012; 1(2): 119-134. <https://www.magiran.com/volume/107019>
5. Karamoozian M., Askarizadeh G., Darekordi A. The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns physiological parameters, 2015; 11(43): 259-272. <https://sanad.iau.ir/en/Article/1054844>
6. Rabiee M, Kazemi Malek Mahmodi S, Kazemi Malek Mahmodi S. The effect of music on the rate of anxiety among hospitalized children. J Gorgan Univ Med Sci 2007; 9(3): 59-64 <http://goums.ac.ir/journal/article-1-292-fa.html>
7. Roohy GR, Rahmany A, Abdollahy AA, Mahmoody GhR. The effect of music on anxiety level of patients and some of physiological responses before abdominal surgery. J Gorgan Univ Med Sci 2005; 7(1): 75-78 <http://goums.ac.ir/journal/article-1-18-fa.html>
8. Mehran B. Normization of Spielberger anxiety test in Mashhad city. Master's thesis, Allameh Tabatabai University, Faculty of Educational Sciences and Psychology, 1993.
9. Jafari MA. Investigation of the effect of two components of family process and content on students' academic performance. Master's thesis, field of educational psychology, Shiraz University, 2009.
10. Chenari S., Yousefi F. The Adolescents' Self-efficacy Dimensions in Different Family Types Based on the Contextual Family Process and Content Model. Psychological Methods and Models, 2015; 5(18): 1-24. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_776.html?lang=en
11. Karami K., Mardani A. Relationship between Mental Health and Quality of Life in Pregnant Women. Quarterly J Health Breeze, 2014; 2(1): 10-17. <https://www.magiran.com/volume/92754>
12. Bodaghi E., Alipour F., Bodaghi M., Nori R., Peiman N., Saeidpour S. The Role of Spirituality and Social Support in Pregnant Women's Anxiety, Depression and Stress Symptoms. Community Health Journal, 2017; 10(2): 72-82. https://chj.rums.ac.ir/article_45789_en.html
13. Akbarzadeh M, Sharif F, Zare N, Ghodrati F. Prevalence of Symptoms Post-Partum Anxiety and Baby Blues and Factors Effective Uponit in Women With High Risk Pregnancies, Journal of Family Research; 2009; 5(17): 57.
14. Olson D.H. Circumplex model of marital & family systems. Journal of Family Therapy, 1990; 22: 144-167. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00144>
15. Maenle R., Herringshow D.L. Positive family communication. Ohio State University Extension. Fact Sheet, FLM –FS, 2007: 1-2.
16. Zareh M, Samani S. The Role of Family Flexibility and Cohesion In Child Goal Orientation, Journal of Family Research, 2008; 4(13): 17, [file:///C:/Users/Negin/Downloads/78913871302%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Negin/Downloads/78913871302%20(1).pdf)

